UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1920. — N° 30

OCCLUSION INTESTINALE

PAR KYSTES HYDATIQUES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 11 Juin 1920

PAR

Jean FENOUILLET

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX D'ALGER

Né à Saint-Arnaud (Constantine), le 3 Octobre 1891

MEMBRES DU JURY :

MM. VINCENT, *Professeur de clinique chirurgicale*..... PRÉSIDENT.
LEBLANC, *Professeur-adjoint (Anatomie)*.....
CABANES, *Chargé des fonctions d'agrégé (Chirurgie)*..... JUGES.
FERRARI, *Chargé des fonctions d'agrégé (Anatomie)*.....

ALGER
ANCIENNE MAISON BASTIDE-JOURDAN
Jules CARBONEL
IMPRIMEUR-LIBRAIRE DE L'UNIVERSITÉ

1920

OCCLUSION INTESTINALE

PAR KYSTES HYDATIQUES

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1920. — N° 30

OCCLUSION INTESTINALE

PAR KYSTES HYDATIQUES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Présentée et soutenue publiquement le 11 Juin 1920

PAR

Jean FENOUILLET

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX D'ALGER

Né à Saint-Arnaud (Constantine), le 3 Octobre 1891

MEMBRES DU JURY :

MM. VINCENT, *Professeur de clinique chirurgicale*..... PRÉSIDENT.
LEBLANC, *Professeur-adjoint (Anatomie)*.....
CABANES, *Chargé des fonctions d'agrégé (Chirurgie)*..... JUGES.
FERRARI, *Chargé des fonctions d'agrégé (Anatomie)*.....

ALGER
ANCIENNE MAISON BASTIDE-JOURDAN
Jules CARBONEL
IMPRIMEUR-LIBRAIRE DE L'UNIVERSITÉ

1920

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN	MM. CURTILLET (O. ✱, I. ✱).
ASSESSEUR	HÉRAIL (I. ✱).

PROFESSEURS

Anatomie	MM. WEBER (✱, I. ✱).
Anatomie pathologique	POUJOL (I. ✱).
Chimie biologique et toxicologie	MAILLARD (✱, I. ✱, ✱).
Chimie médicale	X.....
Clinique médicale	ARDIN-DELTEIL (I. ✱).
Clinique chirurgicale	VINCENT (I. ✱).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	CURTILLET (O. ✱, I. ✱).
Clinique obstétricale	ROUVIER (✱, I. ✱).
Clinique ophtalmologique	CANGE (✱, I. ✱).
Clinique médicale infantile	CRESPIN (I. ✱).
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées	GILLOT (I. ✱).
Histoire naturelle médicale et parasitologie	TRABUT (✱, I. ✱, O. ✱).
Histologie	ARGAUD (✱, I. ✱).
Hygiène	CHASSEVANT (✱, I. ✱, ✱).
Médecine légale	MICHELEAU (✱).
Matière médicale et thérapeutique	HÉRAIL (I. ✱).
Pathologie générale et microbiologie	SOULIÉ (✱, I. ✱).
Pharmacie	MUSSO (A. ✱).
Physiologie	TOURNADE (✱).
Physique médicale	DUFOUR (I. ✱).

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. A. TREILLE (O. ✱).
REY (✱, I. ✱).
MM. BATTANDIER (I. ✱).
MALOSSE, Théod. (I. ✱, ✱).

PROFESSEUR ADJOINT

M. LEBLANC (✱, I. ✱).

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Anatomie	MM. FERRARI.
Chirurgie	E. CABANES (✱, I. ✱). LOMBARD.
Médecine	RAYNAUD. M. DUMOLARD. MARCHAND.
Accouchements	FUSTER (✱, I. ✱).
Chimie	H. MALOSSE (I. ✱).
Parasitologie et sciences naturelles	X.....

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A la mémoire de mon Père

A ma Famille

A mes Maîtres

A mes Amis

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur VINCENT

A mes Juges

Monsieur le Professeur LEBLANC

Professeur-adjoint (Anatomie)

Monsieur le Professeur CABANES

Chargé des fonctions d'Agrégé (Chirurgie)

Monsieur le Professeur FERRARI

Chargé des fonctions d'Agrégé (Anatomie)

AVANT-PROPOS

Il y a dix ans, en commençant notre P. C. N. nous rêvions quelquefois, avec un orgueil anticipé, à l'heure où solennellement nos Maîtres, érigés en juges, examineraient notre travail de fin d'études et nous décerneraient enfin le titre de docteur et nous pensions déjà à tout ce que nous leur devrions de reconnaissance. Aujourd'hui, conscient de ce que nous ignorons encore, nous les remercions du fond du cœur de tout ce que pourtant ils se sont efforcés de nous enseigner.

Revisant nos années d'étude, nous rendons grâce à nos professeurs de l'enseignement secondaire qui nous préparèrent à recevoir les leçons des Maîtres de cette Faculté. Et nous nous estimerons heureux si les uns et les autres lisent sans trop de déplaisir cet opuscule qui constitue notre dernier acte scolaire.

Bien sincèrement nous remercions Monsieur le Professeur Vincent, qui nous accueillit dans son service dès nos premiers pas à l'hôpital et qui a bien voulu accepter d'être notre président de thèse.

En médecine, Messieurs les Professeurs Ardin-Delteil, Crespin, Soulié, Dumolard, Messieurs Aubry, Benhamou, Lemaire, Médecins des hôpitaux, nous ont avec dévouement dispensé leurs enseignements. Merci.

En chirurgie, Messieurs les Professeurs Vincent, Curtillet, Cabanes qui nous inspira ce travail, Messieurs Goi-

nard, Ferrarri, Lombard, chirurgiens des hôpitaux ont guidé nos pas avec une sollicitude dont nous leur témoignons toute notre gratitude.

Merci encore, à un Maître que le hasard nous a donné et qui fut aussi un ami des mauvaises heures naguère, Monsieur Leremboure, chirurgien, notre chef de service à Monastir.

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance à nos aînés qui consacrèrent une partie de leur temps à nous préparer au concours de l'internat, Messieurs les Docteurs Coudray, Pélissier, Sénevet et Witas.

Enfin, nous devons à nos camarades d'étude les docteurs Salvan, Waton, Cécaldi, Legroux et Duboucher, à nos compagnons durant la guerre Ampoulange et Aviérinos, les meilleurs heures de notre vie d'étudiant, nous ne l'oublierons pas.

INTRODUCTION

Les auteurs classiques, dans les traités de médecine ou de chirurgie, indiquent incidemment, le Kyste hydatique abdominal, comme susceptible de produire un syndrome d'occlusion intestinale.

Ils attirent l'attention d'une façon beaucoup plus nette sur les troubles de dysurie ou d'anurie, sur les troubles dictociques ; les compressions du cholédoque ou de l'hépatique font l'objet de remarques importantes.

Par contre ils insistent fort peu sur les troubles des fonctions intestinales, et n'invoquent alors que le processus de compression comme cause efficiente de l'occlusion ou obstruction intestinale.

Une observation, publiée en 1911 par notre Maître Monsieur Cabanes, chirurgien des hôpitaux, en révélant un mécanisme bien différent nous incita à étudier l'occlusion intestinale par K. H. et nous avons trouvé qu'elle était réalisée suivant des mécanismes et des types cliniques fort divers.

Par occlusion intestinale, en effet, on doit entendre à notre avis, non seulement « l'ensemble des symptômes qui succèdent à un arrêt du cours des matières fécales » suivant Jalaguier, mais bien comme l'écrit Guinard, corrigeant cette définition qui lui paraît incomplète « le résultat d'une disposition matérielle d'un obstacle mécanique, s'opposant au libre cours de la circulation des matières intestinales ».

Cette dernière conception du syndrome répond à toutes les formes cliniques ou, si l'on veut, à tous les degrés de l'occlusion intestinale et nous permet de considérer, sans préjuger de leur pathogénie, les types qui vont de la constipation opiniâtre à l'occlusion aiguë définitive, en passant par le type occlusion chronique et occlusion intermittente ou à rémission.

Le K. H. peut réaliser tous ces syndromes et cela, suivant trois des quatre mécanismes qui ont été envisagés par Peyrat dans la classification qu'il donne à propos des occlusions intestinales (1).

Soit les occlusions :

1° par compression,
2° par oblitération,
3° par vice de position.

Le quatrième terme de la classification « Retrécissement cancéreux ou non » ne nous paraît en aucun cas réalisé.

Nous avons pensé pouvoir le remplacer en faisant entrer en jeu la physiologie pathologique de l'intestin : le spasme, qui est d'origine réflexe, peut se surajouter aux trois modes précédents ou reconnaître, et dans ce cas, la tumeur agit indirectement, une excitation nerveuse beaucoup plus éloignée.

---

(1) Thèse d'agrégation, 1880.

HISTORIQUE

Depuis la plus haute antiquité, on a étudié ou tout au moins observé les K. H. de l'abdomen, tant chez l'homme que chez l'animal. Les grands médecins, Hippocrate, Arété puis Galien les mentionnent.

Hippocrate même, dit qu'il a constaté de la constipation opiniâtre au cours d'hydropisies enkystées (?).

Beaucoup plus tard au XVII[e] siècle Wolkerus, au XVIII[e] Morgagni, des médecins anglais et français, au XIX[e] des Islandais, Finsen (1869), entr'autres. En France Cruvelhier (1829), Charcot (1852), Davaine (1859-1877). Plus tard encore Tuffier en 1891 au Congrès de Chirurgie, les différents auteurs qui écrivirent des thèses sur les K. H. de l'abdomen ou du petit bassin ; en 1901 Devé en revisant les différentes localisations Kystiques du parasite, et depuis lui, encore, nos aînés qui étudièrent dans leurs travaux inauguraux les troubles de la miction ou les dystocies dues au K. H., tous mentionnent la constipation opiniâtre ! ! !... « pouvant aller jusqu'à l'arrêt complet des matières fécales » d'après les uns (Davaine) n'allant « jamais jusqu'à l'occlusion complète » d'après les autres (Tuffier 1891, Page 1913).

Mais dans tous les cas ces auteurs envisagent surtout la compression, très rarement ils invoquent un autre mécanisme.

Il nous semble cependant qu'on peut considérer le K. H.

1° comme réalisant dans certaines conditions l'occlusion intestinale à quelque degré qu'on l'envisage ; 2° comme le réalisant suivant les mécanismes les plus divers.

Les quelques observations que nous citons nous paraissent illustrer ces deux propositions.

PATHOGÉNIE

A priori et théoriquement, rien ne permet d'écarter la possibilité de ce syndrome. Un tube long, contourné et mou, l'intestin, a pour fonction d'éliminer, de conduire, des matières solides, des liquides et des gaz dont la progression est assurée par les mouvements propres de ce tube, les mouvements péristaltiques, à travers une cavité close, la cavité abdomino-pelvienne.

On peut facilement admettre que, si les parois en sont rigides, et elles le sont dans le pelvis, si l'intestin jouit là de peu de liberté et s'il ne lui est pas permis de s'esquiver, la présence d'une tumeur, sans cesse croissante, amènera des phénomènes de compression et arrêtera successivement au fur et à mesure de son évolution, les solides, les liquides puis à la limite enfin les gaz.

Dans la partie de l'abdomen plus large, où les parois ne sont pas rigides, le mécanisme apparaît moins simple. Ribierre et Dupré disent : qu'une tumeur même énorme n'entraîne aucun trouble des fonctions intestinales, si le canal reste libre et peut s'esquiver.

Ici il faut admettre que l'intestin, la tumeur ou l'un et l'autre sont fixés, que leur contact est étroit.

Or, ce processus se trouve fréquemment réalisé. D'une façon à peu près constante, les hydatides ayant acquis un assez fort volume créent une péritonite plastique tout autour d'elles, réaction du péritoine qui débute, dans les cas d'ecchinoccose secondaire, par exemple, dès l'ensemencement, puiqu'aussitôt l'épithélium péritonéal lance

un voile sur les embryons exacanthes, ou sur les vésicules filles. Elle devient de plus en plus nette quand le Kyste grossit, pour aboutir à une péritonite qui peut simuler dans certains cas, la péritonite tuberculeuse plastique (Th. D'Aupois) ; à tel point que, quelquefois, la confusion s'est produite, à première vue, au cours d'intervention, avant qu'on ait pu apercevoir le K. fauteur de ces désordres.

Des brides pourront alors fixer l'intestin, l'immobiliser et le Kyste, en se développant, l'écraser, ou bien encore, elles pourront le suspendre par un ou plusieurs points de ses anses, et réaliser le mécanisme que l'on rencontre quelquefois, même sans modifications pathologiques, au niveau des angles coliques.

D'autre part le K. H. habitant avec prédilection le tissu sous-péritonéal, peut, dans certains cas, se trouver entre les tuniques intestinales et le péritoine, et là, bombant dans les deux sens, venir obstruer la lumière du canal digestif à la façon d'un corps étranger.

Enfin dans la mésentère et l'épiploon il pourra amener l'accident que produit toute tumeur de ces organes : le volvulus.

Les K. H. pédiculés de l'intestin suspendus exactement à la façon d'un polype (voir figure 19 dans le Traité des Entozoaires, Davaine) pourront aussi, certainement engendrer dans certains cas, l'invagination en entraînant l'intestin suivant le mécanisme connu.

Au total il est possible, à priori, que le K. H. crée l'obstruction intestinale :

1° Par compression large (K. H. du bassin, ou K. H. écrasant un intestin fixé).

2° Par compression étroite (K. H. ayant créé des brides de péritonite plastique écrasant l'intestin.

3° Par oblitération (K. H. de la paroi venant bomber dans la lumière intestinale).

4° Par vice de position : *a*) K. du mésentère ou de l'épiploon : volvulus.

b) Petit Kyste appendu à l'intestin : invagination.

c) Kyste suspendant l'intestin fixé par un angle : coudure.

5° A tous ces modes anatomiques il faut ajouter une réaction qui n'est pas particulière à l'intestin mais à tous les systèmes musculaires disposés en sphincter autour d'un canal : le spasme.

Spasme qui succéderait soit à une irritation locale produite par la tumeur, soit à une névrite, traumatique ou inflammatoire, des plexus qui accompagnent les vaisseaux mésentériques et qui règlent physiologiquement les contractions des muscles longs et circulaires dans les mouvements alternatifs qu'ils font pour assurer le cours du contenu de l'intestin. C'est ce spasme qui arrête brusquement dans sa migration un calcul biliaire, un corps étranger quelconque et que l'on voit apparaître quelquefois dans les interventions sur l'intestin au cours de manœuvres irritantes ; ce spasme, qui, dans tous les cas d'occlusion chronique peut compliquer et compléter l'œuvre du processus pathologique et faire apparaître brusquement « l'ensemble des symptômes qui succèdent à un arrêt du cours des matières fécales » : l'occlusion aiguë. Ce spasme ou au contraire une parésie flasque pourrait encore être provoquée dans le cas de torsion du pédicule Kystique par voie réflexe comme cela se produit quelquefois pour le Kyste de l'ovaire.

OBSERVATIONS [1]

Nous n'avons pu trouver d'observation d'invagination intestinale par K. H. ni de compression de l'intestin par bride. Ces mécanismes nous paraissent rester possibles mais rien ne les démontre. Les autres modes sont réalisés dans les cas relatés dans les observations suivantes.

COMPRESSION

OBSERVATION I

In Traité des Entozoaires, Davaine, 1859, précédée de commentaires de l'auteur.

La compression que la tumeur hydatique exerce sur le rectum détermine la constipation d'abord et plus tard la suspension complète du cours des matières.

(1) Nous devons nous excuser ici de n'avoir pu fournir une série plus complète d'exemples. Pas mal d'éléments nous ont manqués. Du fait des difficultés inhérentes à l'heure présente, probablement, nombre d'ouvrages très intéressants n'ont pu nous être communiqués par la bibliothèque de la Faculté. Citons entr'autres les thèses de MM. Laennec, Montureux, Gaudin, Franck, Ferré, Beaugérard, Dorra, Cheyrouze.

Une femme qui reçut les soins du Docteur Obre mourut après avoir présenté les symptômes d'une obstruction au cours des matières : absence de garde robe, tympanite, vomissements.

A l'autopsie on trouva de nombreuses tumeurs sous-péritonéales de la grosseur d'un haricot à celle d'une orange, elles contenaient des hydatides multiples et des échinocoques. La plus grosse tumeur était située sous le mésorectum et comprimait si fortement le rectum près de son origine que non seulement elle empêchait le passage des matières, mais encore elle avait causé la destruction de ses parois.

OBSERVATION II

In Davaine, 1859, Sibille.

Un régisseur de terres se plaignait d'épreintes, de douleurs violentes à la vessie et au fondement ; il avait le hoquet, des envies continuelles de vomir, il faisait de vains efforts pour uriner et pour aller à la selle.

Au moment où M. Sibille se disposait à le sonder, cris perçants, effort, sensation déchirante, apparition brusque d'une tumeur à la région inférieure du bassin... soulagement des phénomènes de rétention vésicale et rectale.

Quelques temps après, Sibille, obligé d'intervenir, ouvre la tumeur et reconnait un kyste hydatique.

Différents auteurs ont publié depuis de très nombreuses observations présentant avec celle-ci de grandes analogies. Nous citerons la dernière publiée par Ayache dans sa thèse 1920.

OBSERVATION III

Recueillie dans le service de M. le Professeur Vincent

K. H. intrapéritonéal. — K. prostatique. — Phénomènes d'obstruction intestinale.

Rekasse Larbi, 50 ans, journalier, entre à la salle Dupuytren, le 10 juin 1919, évacué du service de M. Dumolard pour accidents d'obstruction intestinale.

Rien de particulier à signaler dans ses antécédents, si ce n'est une blénnorragie il y a 20 ans et des accès palustres fréquents depuis 10 ans, accompagnés de douleurs dans le bas ventre, pas d'urticaire. Le malade n'a pas de chien, mais mange des légumes crus. Il y a quatre ans, sont survenues des douleurs abdominales siégeant dans le bas ventre et accompagnées de diarrhée ; le malade s'est aperçu alors pour la première fois qu'il avait une tumeur dans la fosse illiaque droite. Ces douleurs n'ont duré que peu de jours et ont disparu. Depuis cette époque, le ventre a grossi et, par période, le malade a des coliques, des troubles dyspeptiques et de la diarrhée.

Au commencement du mois de juin, nouvelles crises abdominales avec vomissements, hoquets, absence de selle et balonnement du ventre qui nécessitent son entrée à l'hôpital.

Les phénomènes aigus cèdent à un lavement purgatif, mais la constipation persiste et les lavements sont toujours nécessaires.

L'état général est mauvais, amaigrissement subictère. Les mictions se font sans difficulté ni douleur mais sont fréquentes (7 fois par nuit). Pas de sucre dans les urines, trace d'albumine. Température normale.

Examen. — Parois abdominales flasques, à musculature relachée. Dans le bas ventre et du côté droit on sent une

tumeur du volume d'un poing ; elle est mobile de haut en bas et surtout latéralement ; à la percussion elle est mâte et donne très nettement le frémissement hydatique. Pas de matité dans les flancs.

Au toucher rectal on sent une masse rénittente, fixée, comprimant la face antérieure du rectum et remontant très haut ; le doigt ne peut en atteindre la limite.

Réaction de Weinberg fortement positive.

Formule leucocytaire :

Polynucléaires	57
Mononucléaires	14
Lymphocytes	26
Eosinophiles	1
Formes de transition	2

Diagnostic. — K. H. dont l'un abdominal est probablement mésentérique et le second prostatique. Ce dernier comprime d'une part le rectum et a été la cause des phénomènes d'obstruction intestinale, d'autre part, la vessie et a entraîné de la polakiurie. La possibilité d'ouvrir ce kyste par le rectum a été envisagée.

Intervention. — Le 14 juin, sous-anesthésie à l'éther, incision médiane sous-ombilicale. Le kyste abdominal est énucléé assez facilement sans ponction. Il doit être pour cela libéré de quelques adhérences à l'intestin grêle.

Ablation d'un certain nombre de petits kystes péritoneaux (une dizaine environ). Par endroits, on voit, sur l'intestin grêle, un semis blanchâtre de granulations hydatiques.

Le malade étant placé en position de Trendelenbourg, la masse du kyste prostatique apparait et bombe en arrière de la vessie.

Le kyste est recouvert de péritoine. Le péritoine est incisé en vue d'une énucléation dont l'impossibilité apparait rapidement. Le kyste est ponctionné, il s'en écoule peu de liquide, formolisation. Un lit de compresses étant placé en arrière du

kyste, on l'incise, le vide des vésicules filles très abondantes qu'il contient. On referme sans drainage. Péritonisation de la ligne d'incision. Fermeture de la paroi abdominale.

Le kyste abdominal, qui donnait nettement le frémissement hydatique, contenait, comme le kyste prostatique, très peu de liquide et était bourré de vésicules filles.

Suites opératoires. — Dans les jours qui ont suivi l'opération, diarrhée très abondante, langue humide, pouls bien frappé. Le toucher rectal donne une sensation normale.

Le malade, indocile, se croyant guéri, le lendemain, commet des imprudences journalières. Il finit par tomber dans une cachexie dont il ne se relève pas. Mort un mois après l'intervention.

Dans ces trois observations le mécanisme est évident, il était le plus facile à prévoir, il se trouve le plus communément réalisé.

Successivement l'autopsie, l'observation, l'intervention, la disparition des phénomènes d'occlusion dans les deux derniers cas, où l'obstacle fut supprimé par rupture spontanée ou par ablation, la coexistence de dysurie, viennent prouver le rôle pathogénique de la tumeur hydatique.

Nous l'avons dit un grand nombre d'observations rapportent des cas semblables. Deux raisons nous l'expliquent suffisamment :

I. — Les localisations du K. H. dans le petit bassin sont parmi les plus fréquentes.

Voici sur 970 observations les données statistiques de Vegas et Cranwel :

1. Foie 644
2. Poumon et plèvre..... 68
3. Muscles 45

4. *Petit Bassin*	35
5. Rate	30
6. Abdomen	26
7. Cerveau	23
8. Orbite	21
9. Rein	20
10. Epiploon	17
11. Autre loc	16
12. K. multiples	11
13. Mésentère	10
14. Sans localisation	5

II. — D'autre part les conditions de contact étroit sont là le plus constamment réalisées : parois rigides, intestin fixé anatomiquement, tumeur fixée par le péritoine qui la recouvre d'une part, par les adhérences qu'elle a contractées de tous côtés d'autre part.

OBLITÉRATIONS

OBSERVATION IV

Laënnec (1804). (Nous n'avons pu consulter la thèse de cet auteur et rapportons ce que cite Davaine (*Loco cito*)

Il s'agit d'un homme âgé de 28 ans, qui mourut avec les signes d'une obstruction d'intestin.

A l'autopsie on trouve un K. H. dans le foie, un K. du volume du poing dans le tissu cellulaire qui sépare le cœcum des muscles abdominaux. Il refoulait les téguments de la paroi antérieure de l'abdomen. En bas et avant il formait une tumeur très appréciable extérieurement, un peu au-dessus et en dehors de l'aine. Un autre K. H. existait entre les lames de l'épiploon gastrocolique. Enfin 3 K contigus les uns aux autres, mais sans communication entre eux, étaient situés entre les tuniques péritonéales et musculaires du colon ascendant et les muscles abdominaux. Ils étaient placés de manière qu'ils entouraient presque entièrement cet intestin, et qu'il produisait à cet endroit, un véritable étranglement. Cet étranglement avait été très probablement la cause de la passion iliaque qui avait emporté le malade.

OBSERVATION V

(Résumée)

Hutchinson. — Chez un homme âgé de 53 ans, atteint d'une hernie graisseuse sous-ombilicale, on voit apparaître, brusquement, des accidents d'obstruction intestinale : vomissements bilieux, puis fécaloïdes, constipation opiniâtre, météorisme, pouls rapide, faciés grippé. On diagnostique hernie étranglée.

A l'opération, obstruction constituée par 3 noyaux assez volumineux, isolés, durs comme du cartilage qu'on peut extirper assez facilement.

A l'examen on reconnait des K. H. Guérison.

OBSERVATION VI

Peraire (*Société des Chirurgiens de Paris*)

J'ai l'honneur de vous présenter ces 2 K. H. de la paroi du cœcum que j'ai eu l'occasion d'enlever au mois d'août dernier à un détenu de , âgé d'une quarantaine d'années. L'un de ces K est du volume d'un œuf de dinde, l'autre gros comme un œuf de pigeon. J'ai pu les extirper sans les ouvrir. Le malade m'avait été envoyé comme atteint d'appendicite aigüe. Il avait, en effet, tous les symptômes, sauf l'augmentation de la température. J'ai dû disséquer minutieusement le cœcum en multipliant sutures et ligatures. La dissection en a été particulièrement difficile attendu que les K siégeaient sur la paroi postérieure du cœcum. Guérison en 8 jours.

Nous identifions ce syndrome : appendicite aiguë sans température et celui d'occlusion intestinale à cause de la fréquence de la confusion.

Routier (1) dernièrement encore, Broca dans une observation citée ci-dessous indiquent la difficulté du diagnostic.

Nous regrettons de n'avoir pu relater des faits plus nombreux et des observations plus détaillées. Cependant ici encore, nous avons la confirmation de l'autopsie, ou de l'intervention d'une part, de la cure d'autre part.

Les cas de K. H. de l'intestin sont assez rares. Davaine ni Devé dans sa thèse, n'en citent point. L'un et l'autre cependant mettent en exergue à un de leurs chapitres : localisation dans les parois de l'intestin, le mésentère, l'épiploon, etc.

Les K., si l'on veut, ne sont pas développés dans la musculature, dans la paroi propre de l'intestin, mais le péritoine et le tissu sous péritonéal d'ailleurs fort mince, forment là, non pas un organe distinct, mais plutôt une tunique plus extérieure de cette paroi elle-même. C'est pour cette raison que nous disons oblitération et non compression, l'obstacle ne siège pas en dehors de l'intestin, il est en lui-même dans son anatomie propre et vient bomber dans sa lumière.

Les K. d'ailleurs dans les trois cas ci-dessus étaient petits et leur situation spéciale seule leur a donné toute leur importance.

---

(1) Voir Routier, observation, occlusion intestinale par kyste de l'ovaire prise pour une appendicite.

VICE DE POSITION

OBSERVATION VII

Due à l'obligeance de M. Cabanes (1911)

X..., fillette de 8 ans, a été soignée en ville, pour des coliques, par un premier médecin qui s'est borné à prescrire des cataplasmes. Notre confrère, le docteur Matteï l'examine au 8e jour, pose le diagnostic d'obstruction intestinale et l'envoie d'urgence à l'hôpital, à 8 heures du soir. Je la vois : son état est très grave. Pouls 140, filiforme, température basse, ventre bombé, tympanisé, vomissements porracés. Faciés péritonéal, voix cassée. Je pense à une péritonite généralisée et vu l'état d'extrême faiblesse de la petite malade, ayant l'impression que sa mort n'est qu'une affaire de quelques heures, je suis presque tenté de m'abstenir, lorsqu'après observation persistante du ventre je vois passer une onde péristaltique qui me décide sur le champ à intervenir.

Laparotomie médiane, sous-ombilicale, avec l'aide de Mlle Petit. Anesthésie par chloroforme par M. Coste, interne de garde.

Dès l'ouverture du péritoine, un flot de pus jaunâtre et lié, jaillit. L'abdomen en est plein entre les anses intestinales, et le petit bassin rempli. Après essorage rapide aux compresses, les anses intestinales dépolies, rouges, apparaissent énormes à la partie supérieure de l'abdomen, aplaties au niveau de la région cœcale, elles sont agglutinées là avec l'épiploon, le cœcum et le colon ascendant en une masse de nœuds inextricables. Je parviens à détordre deux anses dilatées du grêle, enroulées sur le mésentère et sus-jacentes à cette masse, qui mesure bien la grosseur de deux poings.

Je renonce à dénouer le gros du volvulus par peur de rompre une anse en mauvaise situation. L'anse détordue est attirée hors du champ opératoire et ouverte franchement.

Après que les matières fécales, liquides, se sont bien écoulées, elle est suturée à la peau. Anus artificiel médian, au-dessous de l'ombilic.

Drainage du bassin sur le pubis par trois drains. Pansement.

Le lendemain, la petite malade ne parle plus et vomit sans cesse. Pouls 150. Craignant un dénoûment fatal à brève échéance, sa famille l'emporte de l'hôpital. Nous n'y pensions plus, lorsque vingt jours plus tard le Docteur Mattei nous rappelait auprès d'elle. L'état général nous parut bon. L'anus artificiel fonctionnait bien, le péritoine s'était refermé dès l'enlèvement des drains.

Au flanc droit, toute la région lombo-cœcale présentait une voussure manifeste, avec matité. Il y avait là une tumeur liquide ou une collection enkystée nette.

Deuxième intervention. — Petite incision latérale sur le prolongement de la ligne axillaire, à 5 cm. de la crête iliaque. Ouverture d'un K. H. contenant environ de 700 à 800 grs de liquide absolument limpide et d'hydatides non flétries. Extraction d'une membrane fertile de la longueur de la main. L'exploration avec le doigt permet de sentir que le plafond de la loge kystique est formé par des anses intestinales agglutinées. Drainage. Guérison en un mois.

A l'heure actuelle l'état de la fillette est excellent.

A la suite d'une compression judicieuse sur l'anus artificiel, les matières fécales n'en sortent pas. Elles ont repris le cours normal et s'évacuent par l'anus. La famille ne se décide pas à laisser refermer encore la bouche intestinale artificielle. Il m'a paru intéressant de relater ce cas de volvulus avec péritonite, dû à la présence d'un K. H. dans l'abdomen. Je crois les faits identiques, rares.

Ici le mécanisme apparaît assez net. Au cours de la 1re intervention on constate un volvulus, quelques temps après on perçoit un K. H. et pendant l'opération, on sent que les anses intestinales sont fixées à ce K.

Il semble que trois phénomènes se soient succédés chacun étant cause directe du suivant : 1° K. H. et périkystite ; 2° fixation d'une anse intestinale ; 3° volvulus.

1° La périkystite et la fixation des anses au niveau de la tumeur qui leur impose une position vicieuse sont constatées à l'opération et leur rôle est démontré par le rétablissement spontané du cours normal des matières intestinales après la disparition de l'élément déformant. Le Kyste coudait ou écrasait l'intestin qu'il avait immobilisé. Nous pensons plutôt devoir dire « coudait » à cause du grand espace qui existe entre les lombes et la paroi antérieure de l'abdomen qui aurait dû faire la contre pression dans l'écrasement.

2° Cet obstacle oblige l'intestin à de grands efforts qui, du fait qu'ils sont stériles, deviennent de plus en plus violents et de plus en plus désordonnés et aboutissent à un volvulus.

Ce mécanisme se trouve fréquemment réalisé et souvent le volvulus est sus-jacent à un obstacle préexistant de l'intestin. Dubs cite dernièrement un volvulus de l'intestin occasionné par une tumeur appendiculaire (*Presse Médicale*, 1919). Nous-mêmes l'avons pu constater chez une femme atteinte d'un K. de l'ovaire, opéré pour un 1er K. sept mois auparavant et qui brusquement a présenté des symptômes d'occlusion intestinale.

Le diagnostic unanimement posé par les médecins qui la virent fut : occlusion due à une compression par Kyste, ou par bride cicatricielle séquelle de la première laparа-

tomie. A l'opération, pratiquée par notre Maître M. Cabanes, on trouve un énorme volvulus sus-jacent à un kyste de l'ovaire.

L'état de Shok et de dépression de la malade ne permet pas une exploration plus complète. Mais de fortes présomptions restent pour que le volvulus ait été un phénomène surajouté à un obstacle mécanique, siégeant sur l'intestin.

Voici une observation dont l'interprétation est plus difficile et moins probante. Nous la citons néanmoins, car, si elle ne se rattache pas à ce groupe d'occlusion intestinale par vice de position, elle entre cependant dans la catégorie suivante : iléus dynamique réflexe.

OBSERVATION VIII

Boudol, publiée *in thèse Ayache*, 1920

Kyste H pédiculé de l'épiploon. Accident de torsion du pédicule.

Emilie G..., 11 ans, entre à l'hôpital civil d'Oran, le 16 mai 1919, pour accidents produits par une tumeur mobile de l'abdomen.

Enfant bien constituée. Père et mère bien portants. Quelques bronchites légères au cours de sa 1re enfance. Rougeole à 5 ans. Pas de fièvre typhoïde ni de paludisme. Pas d'entérite. Jusqu'à ces derniers jours, la malade n'a jamais souffert de l'abdomen et n'a jamais présenté d'urticaire.

Il y a 6 mois, la malade a attiré l'attention de ses parents sur une tumeur mobile et indolore siégeant au niveau de la cavité abdominale.

Il y a 15 jours, sont apparues de violentes douleurs dans le ventre, douleurs s'accompagnant de météorisme et de constipation. Un médecin appelé constata la présence de la tumeur et conseilla une intervention. Les accidents s'amendèrent, pour reparaître avec une nouvelle violence et entraînèrent l'hospitalisation d'urgence.

L'examen pratiqué à l'entrée de la malade permet de reconnaître un ballonnement modéré de l'abdomen. Il y a de la défense de la paroi ; la palpation douloureuse révèle l'existence d'une tumeur abdominale assez volumineuse, difficile à délimiter, mais nettement mobile. T. 37/8. Pouls 84. Urines jaunes claires, assez abondantes. La malade n'est pas allée à la selle depuis trois jours. L'état du sujet ne paraissant nullement alarmant, on la met au repos complet avec glace sur le ventre et lavements évacuateurs.

Au bout de 48 heures, cédation des accidents, la douleur disparaît, la paroi devient souple et permet un examen complet et facile.

A la palpation, on retrouve, au niveau de l'ombilic, la tumeur déjà signalée, qui paraît avoir diminué de volume, elle est nettement arrondie, rénitente, à rebords bien délimités, mate à la percussion. Une extrême mobilité est son caractère principal. Elle se déplace latéralement d'un flanc à l'autre et se laisse facilement refouler vers la région épigastrique. La malade mise en position renversée, la tumeur remonte à l'épigastre, ce qui permet d'éliminer le diagnostic de K. de l'ovaire, avec torsion intermittente du pédicule, auquel on avait pensé au moment des accidents aigus.

Le foie et la rate sont normaux à la palpation et à la percussion.

Examen radioscopique. — Poumons translucides, amplitude normale des mouvements du diaphragme. Ombre du foie ne dépassant pas les fausses côtes. A la partie médiane

de l'abdomen, masse sombre du volume des 2 poings. Extrémement mobile et paraissant appendue à la partie médiane au-dessous de l'estomac.

On pense à un K. H. du péritoine. La réaction de Bordet et Weinberg est nettement positive. Formule leucocytaire :

Polynucléaires	62
Mononucléaires	11
Lymphocytes	22
Eosinophiles	2
Formes de transition	3

Opération, 20 *mai* 1919. — Laparotomie médiane sus-ombilicale. Enucléation facile du K. qui est enclavé entre les 2 feuillets du grand épiploon. Ce dernier très épaissi est allongé, forme un pédicule tendu entre la tumeur et le bord inférieur de l'estomac. La masse graisseuse du pédicule de consistance ferme et d'aspect granuleux présente les lésions classiques de l'épiploïte chronique. Les veines volumineuses apparaissent turgescentes. La tumeur présente une tendance remarquable à virer autour de son pédicule, ce qui permet d'attribuer à la torsion de ce dernier les accidents aigus décrits plus haut.

Section du pédicule entre deux pinces clamps. Ablation de la tumeur. Suture du moignon épiploïque aux catguts n° 3. L'examen de la cavité abdominale ne montre aucun autre K parasitaire, au niveau du foie, de la rate ou des intestins.

Fermeture de la paroi en 3 plans.

Ouverture du kyste. — Nombreuses vesicules filles nageant dans un verre environ de liquide eau de roche.

Suites opératoires normales. 15 jours après, à la veille de la sortie de la malade, l'examen du sang montre la disparition des eosinophiles. La réaction de Weinberg est faiblement positive.

Cette observation nous paraît moins claire. Il nous semble possible d'expliquer par un volvulus du colon transverse, qui aurait basculé, entraîné par la tumeur, les accidents d'occlusion avec remissions. L'auteur dit que le pédicule est tendu entre la tumeur et le bord inférieur de l'estomac. Le colone compris dans ce même pédicule, dans la partie de son trajet où il est, certainement, le plus libre, peut très bien être entraîné dans le mouvement de rotation général. La nature du liquide qui est resté parfaitement limpide, nous encourage à nous engager dans cette voie.

Les rémissions s'expliquent. On sait que souvent le volvulus s'installe provisoirement, se déroulant pour laisser passer le contenu de l'intestin et se reconstituant jusqu'au jour où quelque phénomène surajouté, volume exagéré du bol fécal, spasme, vient l'établir définitivement.

Cependant l'auteur envisage un tout autre mécanisme et nous nous excusons d'avoir émis l'hypothèse ci-dessus.

ILEUS DYNAMIQUE RÉFLEXE

Une observation de Broca, citée dans une de ses cliniques à l'hôpital des enfants malades, viendrait d'ailleurs plutôt infirmer notre interprétation et confirmer par analogie celle de l'auteur de l'observation précédente.

Le mécanisme a été là pris sur le fait. Cette observation nous permet de présenter un cas d'occlusion intestinale réflexe, d'ileus paralytique ou spasdomique due à l'irritation de plexus abdominaux probablement et dont nous envisagions l'hypothèse. Ici encore le diagnostic d'appendicite avait été posé (voir plus haut).

OBSERVATION IX

Broca (*Revue des maladies de l'enfance*, 1902)

1° Présentation d'une pièce obtenue par laparotomie chez un jeune garçon de 4 ans 1/2.

2e *Observation.* — L'enfant fut apporté il y a 5 jours, le 4 juillet, à notre consultation. Il souffrait d une réaction péritonéale modérée, mais évidente, avec 39°5 de température et, dans le ventre, un peu ballonné, partout sensible, ma main tombe tout de suite à droite de la ligne médiane sur une grosse masse dure et mate que la douleur et la défense musculaire m'empêchèrent de palper avec précision. Elle occupait toute la fosse iliaque droite et atteignait, de l'ombilic au pubis, la ligne médiane qu'elle dépassait peut-être un peu.

Notre diagnostic à tous fut : Appendicite. Il était commandé non seulement par l'examen local actuel mais encore par les commémoratifs. La crise en effet avait débuté brusquement, le matin même de l'arrivée à l'hôpital, par une douleur vive quand l'enfant s'était levé, mais depuis 5 ou 6 mois des souffrances abdominales s'étaient déclarées à droite surtout ; depuis deux mois, à la suite d'une chute, elles s'étaient aggravées. Elles procédaient par crises avec un peu de fièvre sans vomissements.

L'enfant était habituellement constipé. .. et j'ajouterai que l'enfant, élevé au biberon, avait ensuite été mis en nourrice où il avait été mal nourri et avait souffert d'entérite. Aussi attribué-je à l'appendicite cette crise aiguë, fébrile, avec langue saburrale, avec tumeur iliaque douloureuse à droite.

Le seul fait anormal, était le volume certainement gros de la tumeur. Quoique la crise n'eût, nous disait-on, que quelques heures de date, mais vous savez qu'assez souvent des lésions torpides se préparent pendant quelques jours sans attirer l'attention des profanes, et on nous donne comme toute fraîche une crise qui en est déjà à son troisième ou quatrième jour.

Une tuméfaction aussi volumineuse laissait peu de chance de réussite au traitement médical ; quoique l'on voit quelquefois fondre de façon remarquable des empâtements considérables où, presque tout revient à la lymphangite et à l'épiploïte : l'existence d'un abcès me paraissait presque certaine. Mais comme il n'y avait aucun des symptômes que maintes fois je vous ai signalés, exigeant l'intervention immédiate, je jugeai que la glace et l'opium pouvaient être essayés.

Le lendemain matin, en effet, le météorisme, la douleur diffuse, la défense musculaire avaient diminué. Deux jours après ils avaient complètement disparu et il me fut dès lors loisible d'apprécier des signes qui me firent peu à peu douter du diagnostic ; doutes qui s'aggravèrent hier et avant-hier, en sorte que ce matin, je vous dis, avant d'opérer, que j'igno-

rais la nature exacte de la lésion, mais que ce n'était pas une appendicite.

Pourquoi cette négation et après l'avoir émise, à quoi pouvions-nous songer ? Ce n'était pas une appendicite parce que la tumeur, grosse comme une orange, fluctuante, était assez régulièrement arrondie, à surface lisse et surtout sans aucune induration inflammatoire autour d'elle.

Autour d'un abcès appendiculaire de ce volume l'empâtement est obligatoire. En outre il n'y eût pas eu une détente semblable avec un état fébrile, sans caractère infectieux.

Il s'agissait donc sûrement de quelque chose d'anormal.

Je penchai plutôt pour cette dernière hypothèse en raison de la légèreté, mais de la netteté, des phénomènes inflammatoires et c'est pour ce motif aussi que je ne me ralliais pas à l'idée de K. H. émise un instant par mon interne Mahar.

Je connais l'aphorisme : toute tumeur arrondie et lisse de la région abdominale supérieure est un K. H. du foie. Mais ici il s'agissait de la fosse iliaque droite, d'une tumeur sûrement indépendante du foie et de la rate, presque sûrement indépendante du rein, ne se prolongeant pas dans le bassin. Le toucher rectal était négatif. Dans quel organe donc eût été ce kyste et à le supposer dans le mésentère ou l'épiploon pourquoi cette péritonite. Au cours d'un K H. je ne connais rien de semblable or le cas de rupture.

Lorsque j'ouvris l'abdomen, j'arrivai derrière le péritoine pariétal blanc, épaissi, lardacé, sur une membrane kystique fixée de tous côtés à la paroi et à l'intestin grêle par des adhérences glutineuses. Je pus les libérer facilement, en passant la main et j'eus la même impression que pour un K. de l'ovaire à pédicule récemment tordu. J'amenai ainsi au dehors un K rond à paroi tomenteuse extérieurement, translucide, à liquide clair, appendu au sommet du grand épiploon. J'avais détordu celui-ci de gauche à droite d'un demi-tour et vous voyez en ce moment l'état suivant :

Dans ces 3 ou 4 centimètres inférieurs l'épiploon est épaissi, induré, ecchymotique. Il s'insère sur le pôle supérieur de la

tumeur dont la paroi est à ce niveau, elle aussi, épaissie et ecchymotique.

L'infiltration sanguine descend sur le tiers supérieur de la calotte. Le liquide que j'ai fait sortir en incisant la poche était clair, mais sans avoir cependant la limpidité de l'eau de roche et il était contenu dans une membrane hydatide des plus nette. L'histoire devenait ainsi fort claire. Depuis longtemps, le malade portait dans la pointe de l'épiploon un K. H. qui devint par torsion du pédicule la cause des accidents aigus. Ces accidents furent en effet cliniquement identiques à ceux que provoque la torsion du pédicule d'un K. de l'ovaire et, chez une femme, il est certain que j'aurais porté ce diagnostic..... (suit une comparaison clinique et anatomique avec le K. de l'ovaire tordu sur son pédicule).

Opération. — Ablation. — Pas de drainage. L'enfant sort guéri le 10 août.

Bien qu'il ne soit fait, à aucun moment, dans cette observation, allusion à une occlusion intestinale, nous avons cru pouvoir la citer dans ce travail :

1° En vertu de ce que nous disions déjà à propos de la confusion fréquente que l'on commet entre les symptômes d'une appendicite et ceux d'une occlusion aiguë ;

2° Parce qu'en lisant la symptomatologie des K du mésentère nous voyons qu'à la période terminale ces tumeurs se compliquent couramment de crises d'occlusions intestinales qui peuvent être prises pour des appendicites ou des péritonites.

Enfin, si nous n'avons pas là, la disposition d'un obstacle matériel sur le trajet des matières intestinales, nous avons l'ensemble des symptômes qui résultent de l'arrêt du cours des matières intestinales.

Le mécanisme est le même comme d'ailleurs le signale Broca, que celui qui est réalisé par la torsion du pédicule d'un K. de l'ovaire.

Au total, ces 9 observations nous paraissent bien vérifier une partie des différents mécanismes que l'hypothèse nous avait permis de soupçonner.

CLINIQUE

Au point de vue clinique, les cas que nous citons sont presque tous des cas d'occlusion aiguë. Cependant nous voyons dans plusieurs observations des crises abdominales successives précéder l'entrée à l'hôpital du malade ou l'intervention.

Dans l'observation I, le bouchage complet du rectum n'a pas certainement dû survenir sans que soient apparus des troubles dans l'élimination, ou tout au moins l'aspect des matières fécales : les selles ont dû être rubannées, passées à la filière, avant que la paroi du rectum ait été détruite par la tumeur, avant que soient apparus les phénomènes qui ont amené la mort du malade.

D'ailleurs tous les auteurs, Davaine, entr'autres, à propos de cette observation elle-même, signalait la constipation opiniâtre, s'accompagnant quelquefois de vomissements. Tuffier, en 1891, au Congrès français de Chirurgie, constate les alternatives de diarrhées et de constipation, réalisant le tableau clinique « du retrécissement progressif du rectum ». A propos de K. H. de l'abdomen, Rivière et Dupré disent après Péan : « A la période d'état apparaissent les phénomènes de compression de l'intestin grêle ou des colons, entraînant des crises d'obstruction ou d'occlusion intestinale ! !... du duodénum se terminant par des vomissements incoercibles (Richet)... du rectum déterminant une constipation opiniâtre ».

Constipation opiniâtre, symptômes de retrécissement du rectum, symptômes de compression du duodenum, crises abdominales, obstructions aiguës, tous les types cliniques se trouvent réalisés, que l'on considère la violence des symptômes, le degré d'occlusion ou la situation plus ou moins haute de l'obstacle sur la partie sous-pylorique du tube digestif.

Nous n'écrirons pas un chapitre de symptomatologie. Symptômes banaux du K. H., symptômes banaux de l'occlusion intestinale, nous ne ferions que des redites, sans ajouter rien d'original aux thèses précédemment écrites ou aux articles de tout traité de médecine ou chirurgie.

Nous rappellerons simplement quelques points particuliers qui permettent lorsqu'ils sont rencontrés de diagnostiquer cette affection, rarement constatée et bien plus rarement encore reconnue.

Sur 300 observations, en effet, Davaine relate 95 cas de K. H. siégeant dans la partie du tronc délimitée par le diaphragme d'une part et le périnée d'autre part, parois comprises. Nous relevons 6 observations seulement se rapportant à notre étude. Sur les 97 observations de la thèse de Devé, nous avons 69 observations des mêmes régions et deux cas seulement où il relève des troubles intestinaux dus aux K. H. Dans la thèse d'Alberti, 1911 (statistique Curtillet), sur 26 observations pas un seul cas. Enfin, dans la thèse de Lhuilier, sur 24 cas de K. H. du petit bassin *ayant tous provoqué de la dysurie*, nous voyons 11 cas de troubles de la défécation, soit constipation, soit selles rubannées ou alternatives de constipation ou de diarrhée, grand'gêne, douleurs à la défécation. Pas un cas d'occlusion intestinale complète. Donc affection rare ; et rarement reconnue, puisque sur 9 observations

que nous citons dans 2 cas seulement, le diagnostic avait été posé.

Dans les cas d'occlusion chronique, la souplesse des parois abdominales permet une exploration minutieuse qui, bien souvent, nous laissera sentir une tumeur en un point quelconque et sa consistance particulière; la coexistence, quelquefois, d'autres tumeurs semblables, l'allure progressive très lente de l'affection, orienteraient le diagnostic.

La radiographie, en montrant la forme particulière de la tumeur et son siège para intestinal, viendra le confirmer. Et si les autres examens de laboratoire, constatation de la présence des précipitines, déviation du complément, éosinophilie, sont positives, l'ensemble de ces symptômes permettra une quasi certitude.

Dans les cas où des troubles de dysurie accompagnent les troubles de la défécation, l'idée du K. H. du petit bassin, se présentera presque systématiquement à l'esprit du praticien.

Cependant quand le K. H., de petit volume, est inclus dans la paroi intestinale (voir observations IV, V, VI), le diagnostic nous paraît à peu près impossible et les symptômes constatés pourront longtemps égarer les recherches.

Signalons encore que le K. H. peut quelquefois être pris pour une anse intestinale dilatée et emplie de liquide donnant une tuméfaction et une matité mobile comme il se produit souvent au cours de l'occlusion intestinale chronique. (Delbet).

Dans le cas d'occlusion aiguë, les commémoratifs seuls peuvent nous guider.

D'ailleurs, on sait combien est difficile le diagnostic de la cause de l'occlusion aiguë et du siège de cette cause.

Dans les observations que nous citons, on a pensé à

l'appendicite, à une hernie étranglée, on aurait pensé à une torsion de K. ovarien sur son pédicule, le plus souvent on n'a pas posé de diagnostic. Les occlusions par K. H. étant relativement très rares on y pense fort peu.

Une cause d'erreur possible, alors qu'on connaît chez le malade l'existence d'un K. H., est dans les phénomènes qui accompagnent la rupture du K., véritables crises de péritonisme : douleurs abdominales vives, vomissements alimentaires puis bilieux (Cimbeti), absence de selles concomittantes comme toutes les fois que le péritoine est lésé ou shoké : l'évolution postérieure permettra la différenciation.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le K. H. du péritoine est d'un pronostic relativement bénin. Les K. multiples sont considérés comme très graves, mais quel que soit leur nombre et leur volume, il est bien certain que l'occlusion intestinale, chronique ou aiguë, vient gravement assombrir le pronostic

Quant à l'occlusion intestinale, en elle-même elle est assez grave dans ces cas-là, car elle présente, en outre des variations de chance de guérison dues à la rapidité plus ou moins grande de l'intervention, des difficultés opératoires que l'on sait bien souvent constituer des surprises désagréables au cours de cure de K. H. de l'abdomen.

La dualité des lésions : 1° lésions dues aux parasites ; 2° lésions dues à un obstacle mécanique au cours des matières fécales, l'intoxication et l'infection qui en découlent, crée une complication réciproque, qui est évidemment assez grave.

D'autre part, la coexistence d'un grand nombre de kystes est tout à fait défavorable.

Cependant l'époque n'est plus où la mort était la terminaison à peu près fatale des coliques du miserere, de la passion iliaque, où le K. H. était une véritable tumeur maligne, qui, si l'on n'osait intervenir, s'accroissait à outrance, ou se rompait spontanément, ensemençant ainsi toute la cavité péritonéale, ou ensemençait encore, à la suite de ponctions, ou s'infectait créant une péritonite qui emportait le malade.

De nos jours et dans tous les cas l'intervention peut et doit être pratiquée pour la cure et quelquefois même pour le diagnostic.

Aussi rarement que possible, bien entendu, mais trop souvent encore, on est obligé de recourir à la laparotomie exploratrice et elle nous paraît indiquée, car seule elle peut donner quelquefois la clef du diagnostic, dans les cas de phénomènes aigus ou chroniques dont rien n'expliquerait la cause et qui sont dues à des K. H. de la paroi intestinale par exemple.

Dans les cas d'occlusion chronique, il faut aller à la recherche de l'obstacle et le supprimer. Si l'obstacle est le K. lui-même, s'il agit directement, l'opération se fait en un temps.

Si le K. agit indirectement par une bride, par une déformation, le premier temps s'adressera au K., le second à l'obstacle (le plus souvent le K. masque la nature vraie de la lésion qu'il faudra systématiquement rechercher). D'ailleurs, aucun protocole particulier ne peut régler une telle intervention.

Dans les cas d'occlusion aiguë, si le malade peut supporter la laparotomie, qui est l'opération logique, le cas se ramène au précédent.

Si comme dans l'observation VIII la cure radicale est impossible, il faut recourir à l'opération de Nélaton ; l'anus artificiel, malgré tous les défauts qu'on lui trouve, à juste titre, doit être constitué et le malade repris en un deuxième temps comme il a été fait dans le cas ci-dessus désigné.

CONCLUSION

Si le lecteur en parcourant notre étude, la trouve un peu trop particulière et notre sujet un peu restreint, s'il peut nous reprocher de n'avoir pas été strictement scientifique dans nos interprétations d'observations ou dans notre classification, qu'il sache que sans prétention nous avons simplement voulu attirer son attention sur la possibilité, quelquefois réalisée, du syndrome d'occlusion intestinale au cours de l'évolution des K. H. intra ou para-abdominaux.

Dans les pays où cette affection règne à l'état endémique, il faut penser en présence de troubles des fonctions évacuatrices intestinales, aigüs ou chroniques, à la possibilité de K. H., agissant suivant un des mécanismes ci-dessus indiqués.

Il importe, en effet, de poser le diagnostic pour instituer un traitement rationnel et ne pas s'arrêter à la cure d'une hernie ombilicale, d'une appendicite ou encore, à l'ablation d'un kyste en laissant subsister une bride.

D'autre part, lorsque le diagnostic du K. H. de l'abdomen est déjà posé, il faut faire entrer en ligne de compte les accidents d'occlusion intestinale, si rares soient-ils, au même titre que les troubles dysuriques, ou que les accidents dystociques chez une parturiente, pour établir le pronostic.

Vu :

Le Président de Thèse,

Dr VINCENT.

Vu :

Pr le Doyen, absent,

L'Assesseur,

Dr J. HÉRAIL.

Vu et permis d'imprimer :

Alger, le 15 mai 1920.

Le Recteur,

E. ARDAILLON.

ALGER — TYPOGRAPHIE JULES CARBONEL — ALGER

ALGER. — TYPOGRAPHIE JULES CARBONEL. — ALGER